



## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Курбаниязов З.Б.,

Назаров З.Н.,

Арзиев И.А.,

Рустамов С.У

Received 22<sup>nd</sup> Mar 2023,

Accepted 23<sup>rd</sup> June 2023,

Online 18<sup>th</sup> July 2023

Самаркандский государственный  
медицинский университет

**Резюме:** Резюме: Представлены результаты исследования 171 больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ у больных старших возрастных групп. В большинстве случаев острый холецистит протекал малосимптомно, в 17,5% случаев клиническая картина имела нетипичный характер. В 42,0% случаев характерная для острого холангита триада симптомов полностью отсутствовала. В 31,5% случаях лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного. Следовательно, чем старше пациент, тем в силу выше указанных обстоятельств выше риск врачебной ошибки и неправильного выбора тактики лечения.

**Ключевые слова:** Желчнокаменная болезнь, пожилой и старческий возраст.

В группе больных пожилого возраста показатели желчнокаменной болезни увеличиваются, достигая значений 23,8-24,5% у мужчин и более чем 40% у женщин [1, 5, 10, 14, 17, 75, 95, 113, 124]. При этом у 5% от общего количества больных с ЖКБ отменяется ежегодный прирост развития различных форм осложнений; холедохолитиаз, желчнокаменный панкреатит, холангит и острый холецистит. По данным исследователей больше чем у половины (55-63,8%) госпитализированных больных с диагнозом – холелитиаз выявляются осложненные формы данной патологии различной степени выраженности. Среди общего контингента, получивших хирургическое оперативное лечение около 30% составляет группа больных пожилого и старческого возраста [3, 6, 11, 23, 37, 39, 54, 98, 101, 119, 154].

**Цель исследования:** Изучить особенности клиники осложненных форм ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** Представлены результаты исследования 171 больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ, находившихся на лечении в хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2015 по 2022 гг.

Для осложненных форм ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста, характерно разнообразие клинических проявлений. Острый холецистит, осложненный патологией желчных протоков, проявлялся симптоматикой острого воспаления желчного пузыря и признаками нарушения проходимости гепатикохоледоха. В связи с этим нами была поставлена задача провести сравнительный анализ клинической картины острого холецистита с одной стороны, и воспалительных процессов в желчных протоках с другой.

Анализ клинической картины у больных (n=105) с острым холециститом показал, что основным характерным симптомом является наличие болевого синдрома, при этом у больного наблюдается как отдельные болевые ощущения различной интенсивности, так и боли в правом подреберье во время проведения пальпации. Данный диагностический критерий был выявлен у 79 больных, 26 больных отмечают низкую интенсивность боли, среди них у четверых они почти отсутствуют. Показателен факт наличия болевого синдрома меньшей интенсивности в группе больных старше 75 лет, причем по отношению ко второй возрастной группе (60-74 лет) больных почти в два раза чаще фиксируется наличие лишь слабых болей (табл 1).

Таблица 1

Клинические проявления острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста

Клинические проявления	Всего больных n=105 (100%)	Возраст больных	
		60-74 лет n=89 (100%)	старше 75 лет n=16 (100%)
Боль: выраженная	79(75,2%)	67(75,3%)	12(75%)
Слабая	26(24,8%)	22(24,7%)	4(25%)
В правом подреберье	65(61,9%)	-	-
В верхних отделах живота	28(26,6%)	-	-
По всему животу	3(2,8%)	-	-
Иррадиация в правую лопатку	33(31,4%)	21(23,6%)	12(75%)
В поясницу	24(22,8%)	14(15,7%)	10(62,5%)
В сердце	12(11,4%)	4(4,5%)	8(50%)
Рвота	51(48,6%)	40(44,9%)	11(68,75%)
Напряжение мышц живота	50(47,6 %)	43(48,3%)	7(43,75%)
Увеличенный желчный пузырь	49(46,6%)	38(42,7%)	11(68,75%)
Симптом Ортенера	82(78,1%)	70(78,6%)	12(75%)
Симптом Щеткина-Блюмберга	11(10,5%)	7(7,8%)	4(25%)

Локализация боли у 65 пациентов была только в области правого подреберья, у 28 больных болевые ощущения отмечаются в верхнем этаже живота, у 3-х больных по всей поверхности живота. Иная картина наблюдается в группе больных, старше 75 лет, у всех пациентов болевые ощущения не имеют четкой локализации, они распределены по всей поверхности живота. Причина такой клинической картины, на наш взгляд обусловлена развитием осложнений ЖКБ экстрапузырного характера, например – перитонит, формирование инфильтрата. Нельзя

упускать из виду наличие у больных старшей возрастной группы наличие поликоморбидной патологии различного генеза, а также вовлечение в процесс ряда внутренних органов, в частности поджелудочной железы.

Различно также и начало заболевания, так 58 пациентов отмечают начало с приступа острых болей, оставшая часть больных отмечает постепенное начало заболевания. Данная клиническая картина характерна для больных пожилого возраста (старше 75 лет).

Как представлено в таблице 3.1, у 33 больных боли иррадиировали в правую лопатку, у 24 - в поясничную область, у 12 - в область сердца. Заметно чаще иррадиация боли в правую лопатку и поясницу наблюдалась у больных первой возрастной группы, тогда как иррадиация в область сердца - второй. Появление боли в животе у 51 больного сопровождалось рвотой. Вместе с выраженной болезненностью живота у 50 пациентов определялось защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Появление этого симптома и его выраженность не всегда соответствовали тяжести патоморфологических изменений в желчном пузыре. Так, у 31 больного с деструктивным холециститом напряжение мышц брюшной стенки не определялось, из них 13 больных были старше 75 лет. Частота этого признака при деструктивном холецистите соответствовала в первой возрастной группе 77,8%, во второй - 62,9%.

**Результаты и их обсуждение.** Достоверный симптом острого холецистита - увеличенный напряженный болезненный желчный пузырь - выявлен у 49 больных. Более частое выявление увеличенного желчного пузыря во второй возрастной группе было обусловлено меньшей выраженностью защитного напряжения мышц в области правого подреберья, что позволяло проводить более свободную пальпацию желчного пузыря. Один из постоянных клинических признаков острого холецистита - симптом Ортнера - выявлен у 82 больных. Он выявляется гораздо чаще (91,6% против 80,7%) и выражен ярче, чем у больных старше 75 лет. Симптом Щеткина-Блюмберга диагностирован у 11 больных с деструктивным холециститом, осложненным перитонитом. Между тем, у 4 из них с местным перитонитом этот симптом не выявлен (3 из них были старше 75 лет). Симптоматика острого холецистита была выражена и соответствовала форме воспаления желчного пузыря у 88,7% больных моложе и 67,6 % больных старше 75 лет.

У больных старших возрастных групп (n=66) патология желчных протоков при ЖКБ проявляется картиной холестаза - желтушность кожи и склер, потемнение мочи, светлый кал, такая симптоматика обусловлена нарушением оттока желчи в кишечник. У данного контингента больных уровень билирубина превышал показатели 60 ммоль/л и выше. Продолжительность желтухи также различна, у 37 больных составила трое суток, у 20 больного желтуха продолжительностью от трех до семи суток и более чем 7 суток у 9 пациентов данной возрастной группы. Также было выявлено, что в 22 случаях же желтушность кожи и склер отмечена впервые, у 45 больных - желтуха повторна. Характерное для острого холецистита, осложненного доброкачественными поражениями желчных протоков, появление желтухи на фоне интенсивного болевого синдрома отмечено у 66,7% больных. Вместе с тем, у 19 больных боли, предшествующие и сопровождающие желтуху, были слабыми, а у 3 пациентов почти полностью отсутствовали.

Хочется отметить еще один факт, наблюдаемая лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не всегда полностью и объективно отражали состояние больных старческого

возраста, степень выраженности патологии в желчных протоках. Оценку указанных диагностических тестов давали по данным, полученным в течение первых суток с момента поступления больных в хирургический стационар.

При развитии острого воспалительно-деструктивного процесса в желчных протоках у больных наблюдается лихорадочное состояние ( $n=52$ ), при этом у 84% больных озноб различной интенсивности. Анализируя данные температурной кривой, исходя из возраста больного видно, что яркая температурная реакция отмечена прежде всего у больных в возрасте 60-74 лет (86,0%), тогда как у лиц, старше 75 лет лишь в 40-41% соответственно.

У больных (62%), поступивших в стационар в экстренном порядке, наблюдается лейкоцитоз ( $15 \times 10^9/\text{л}$ ), при этом у более половины больных нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы. Также следует отметить, что показатели лейкоцитоза коррелируют с данными тяжести течения заболевания.

Однако, у части поступивших больных ( $n=14$ ) несмотря на нормальные показатели количества лейкоцитов в периферической крови (менее  $10,0 \times 10^9/\text{л}$ ), был диагностирован гнойный или гнойно-деструктивный холангит. Подобная картина отсутствия лейкоцитоза чаще наблюдалось у больных старше 75 лет. Следовательно, лейкоцитарная реакция и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного, особенно если пациент старше чем 75 лет. (табл. 2).

Таблица 2

Клинические проявления клиники ЖКБ осложненной холангитом у больных пожилого и старческого возраста

Клинические проявления	Всего больных $n=66$ (100%)	Возраст больных	
		60-74 лет $n=56$ (100%)	старше 75 лет $n=10$ (100%)
Желтуха:			
- с интенсивным болевым синдромом	44 (66,7%)	40 (71,4%)	4 (40,0%)
- слабый болевой синдром	19 (28,8%)	15 (26,8%)	4 (40,0%)
- без болевого синдрома	3 (4,5%)	1 (1,8%)	2 (10,0%)
Уровень билирубинемии (по Гальперину Э.И., 2012):			
- 1 балл ( $< 60$ мкмоль/л)	27 (40,9%)	24 (42,8%)	3 (30,0%)
- 2 балла (60-200 мкмоль/л)	34 (51,5%)	30 (53,6%)	4 (40,0%)
- 3 балла ( $> 200$ мкмоль/л)	5 (7,6%)	2 (3,6%)	3 (30,0%)
Продолжительность желтухи:			
- до 3-х суток	37 (56,1%)	35 (62,5%)	2 (20,0%)
- от 3 до 7 суток	20 (30,3%)	17 (30,4%)	3 (30,0%)
- свыше 7 суток	9 (13,6%)	4 (7,1%)	5 (50,0%)
Температурная реакция:			
- нормальная	14 (21,2%)	8 (14,3%)	6 (60,0%)
- субфебрильная	40 (60,6%)	37 (66,1%)	3 (30,0%)

- гектическая	12 (18,2%)	11 (19,6%)	1 (10,0%)
Лейкоциты в крови:			
- до $9 \times 10^9/\text{л}$	25 (37,9%)	20 (35,7%)	5 (50,0%)
- от $9 \times 10^9/\text{л}$ до $15 \times 10^9/\text{л}$	29 (43,9%)	25 (44,6%)	4 (40,0%)
- более $15 \times 10^9/\text{л}$	12 (18,2%)	11 (19,6%)	1 (10,0%)

В 61,0 % случаев у больных пожилого и старческого возраста выявлена характерная триада симптомов для гнойного холангита, в оставшихся случаях клиническая картина патологии желчных протоков заметно стертая. Подобная картина характерна для контингента больных, у кого выявлен слабый болевой синдром.

**Выводы. 1.** У больных старших возрастных групп в большинстве случаев острый холецистит протекал малосимптомно, в 17,5% случаев клиническая картина имела нетипичный характер. В 42,0% случаев характерная для острого холангита триада симптомов полностью отсутствовала. В 31,5% случаях лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного. Следовательно, чем старше пациент, тем в силу выше указанных обстоятельств выше риск врачебной ошибки и неправильного выбора тактики лечения.

**2.** Подобную клиническую картину можно объяснить возрастными инволютивными преобразованиями, протекающие в организме больного, особенно значительным снижением функционирования нервно-регуляторных механизмов, которые в свою очередь обусловили развитие нетипичной клинической картины, не отражающей степень патологических преобразований в желчных путях.

### Литература.

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Хацко В.В., Мамисашвили З.С., Коссе Д.М. Клинические проявления холедохолитиаза //Вестник гигиены и эпидемиологии № 2 2018. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 62-65.
2. Арзиев И. А. и др. Проблемы современной науки и образования //проблемы современной науки и образования Учредители: Олимп. – Т. 2. – С. 57-63.
3. Арзиев И. А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий //International scientific review. – 2021. – №. LXXVIII. – С. 59-62.
4. Арзиев И. А. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАННИХ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Проблемы современной науки и образования. – 2022. – №. 2 (171). – С. 57-63.
5. Абдурахманов Д. Ш., Хайдарова Л. О. Качество жизни больных, перенесших эхинококкэктомию из печени //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 41 (125). – С. 81-91.
6. Баранов Г. А., Решетников Е. А., Харламов Б. В. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. - 2008. — № 6. — С. 27-30.
7. Бойко В.В. и др. Изменение физико-химических свойств желчи в процессе возникновения и манифестации холангита. Острый холангит: возможные механизмы запуска //Новости хирургии. – 2021. – Т. 29. – №. 1.
8. Брискин Б. С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г. С. Хирургическая тактика при остром холецистите и

- холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 15-19
9. Kurbaniyazov Z. B. et al. Surgical approach to the treatment of patients with "fresh" injuries of the main bile ducts // *Academic Journal of Western Siberia*. — 2013. — Т. 9. — №. 2. — С. 14-15.
10. Курбаниязов З. Б., Арзиев И. А., Аскарров П. А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // *Вестник науки и образования*. — 2020. — №. 13-3 (91). — С. 70-74.
11. Курбаниязов З. Б. и др. НАРУЖНОЕ И ВНУТРИБРЮШНОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ПРИЧИНЫ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ) // *ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*. — 2022. — Т. 3. — №. 2.
12. Rahmanov Kosim D. S., Laylo R., Abdurakhmanov D. S. Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of magistral bile duct // *The 17th International medical congress of students and young scientists. Ternopol.*—2013.—S. — 2013. — С. 22-24.

